

**8.- JA 9.-LUOKKALAISTEN HAMPAIDEN HARJAUSTOTTUMUKSET,
TUPAKOINTI JA PERHETEKIJÄT**

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Pro gradu -tutkielma
Satu Teivaala
Joulukuu 2014

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

TEIVAALA SATU: 8.- ja 9.-luokkalaisten hampaiden harjaustottumukset, tupakointi ja perhetekijät

Pro gradu -tutkielma, 30 sivua

Ohjaajat: TtT dosentti Katja Joronen ja TtT dosentti Anja Rantanen

Joulukuu 2014

Hampaiden harjaaminen kahdesti päivästä on suun terveyden perusta, jonka avulla voidaan tehokkaasti ehkäistä kariesta ja iensairauksia. Suomalaisten 13–16-vuotiaiden suun omahoito on eurooppalaisiin nuoriin verrattuna heikommalla tasolla.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata 8.- ja 9.-luokkalaisten hampaiden harjaustottumuksia. Lisäksi tutkittiin nuorten tupakoinnin ja perhetekijöiden välistä yhteyttä hampaiden harjaustottumuksiin. Tutkimuksen perhetekijät koostuivat perherakenteesta sekä vanhempien koulutustaustasta, työllisyysilanteesta ja tupakointikäyttäytymisestä. Tutkimuksen aineistona on käytetty Kouluterveyskyselyä vuosilta 2010–2011 (n=102545). Aineisto on analysoitu tilastollisia tutkimusmenetelmiä käyttäen. Hampaiden harjaustottumuksia, nuorten tupakointia ja perhetekijöitä kuvattiin frekvenssi- ja prosenttiosuuksilla. Muuttujien välistä yhteyttä ja riippuvuutta tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliö-testin avulla.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että tytöistä 62 prosenttia ja pojista hieman yli kolmasosa harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Pojista 48 prosenttia harjasi hampaitaan kerran päivässä. Nuorista päivittäin tupakoi 15 prosenttia. Pojat tupakoivat päivittäin hieman yleisemmin kuin tytöt. Tupakointi oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä hampaiden harjaukseen. Tupakoivat nuoret harjasivat vähemmän hampaitaan kuin saman ikäluokan nuoret keskimäärin.

Myös kaikki tutkitut perhetekijät olivat yhteydessä nuorten hampaiden harjaustottumuksiin. Vanhempien yksihuoltajuus, matala koulutus, työttömyys tai pakkoloma sekä päivittäinen tupakointi oli yhteydessä nuorten hampaiden harjaukseen. Etenkin äidin tupakointi oli yhteydessä sekä tyttöjen että poikien vähäisempään hampaiden harjaukseen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että 8.- ja 9.-luokkalaiset nuoret tarvitsevat motivointia ja ohjausta hampaiden harjauksen lisäämiseksi. Myös vanhemmat tarvitsevat laaja-alaista tietoa suun terveyden merkityksestä osana lasten hyvinvointia. Eri perhetekijät tulisi ottaa tehokkaammin huomioon suunniteltaessa suun terveyttä edistäviä interventioita ja kehittämishankkeita.

Avainsanat: suun terveys, hampaiden harjaus, tupakointi, perhetekijät ja nuoret

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

Nursing Science

TEIVAALA SATU: 8th and 9th graders tooth brushing habits, smoking and family factors

Master's thesis, 30 pages

Supervisors: Katja Joronen, PhD and Anja Rantanen, PhD

December 2014

Tooth brushing twice a day prevents efficiently oral diseases like caries and gingivitis. Compared to other European countries, Finnish adolescents brush their teeth less frequently.

The aim of this master's thesis was to describe the frequency of tooth brushing among adolescence (aged 13–17) in eighth and ninth grades in Finnish elementary schools. This study investigates also the association between tooth brushing, smoking habits and family factors. The data were collected by using nationwide Finnish data from the School Health Promotion Study (n=102545) carried out in years 2010 and 2011. The data were analyzed statistically.

The findings of the study showed that 62 percent of girls and 37 percent of boys brushed their teeth twice a day. Almost half of the boys brushed their teeth only once a day. Smoking was associated with tooth brushing. The adolescents who smoked daily brushed their teeth less than non-smoking peers on average. Family factors were also significantly associated with young people's brushing habits. Parent's single parenthood, low education, unemployment, as well as daily smoking was associated their children's tooth brushing. In particular, maternal smoking was statistically significant related to lower level of tooth brushing.

It can be concluded that the 8th and 9th graders need motivation and guidance to increase the brushing of the teeth. Parents also need extensive information on the importance of oral health as part of the children's well-being. Various family factors should be taken into account when planning more effectively, appropriate oral health promotion interventions and development projects.

Keywords: oral health, tooth brushing, smoking, family factors and adolescence

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Tutkimuksen keskeiset käsitteet	6
2.2	Nuorten suun terveys	8
2.3	Tupakointi ja suun terveys	9
2.4	Perhetekijät ja suun terveys	10
2.5	Elinympäristö ja suun terveys	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
4	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	15
4.1	Aineiston kuvaus ja tutkimuksen mittari	15
4.2	Aineiston analyysi	16
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	17
5.1	Tutkimukseen osallistujien kuvaus	17
5.2	Nuorten hampaiden harjauksen yleisyys	17
5.3	Nuorten tupakointi ja sen yhteys hampaiden harjaukseen	18
5.4	Perhetekijöiden yhteys hampaiden harjaukseen	22
6	POHDINTA	25
6.1	Tulosten tarkastelu	25
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	28
6.3	Johtopäätökset	29
6.4	Kehittämisehdotukset	29
6.5	Jatkotutkimusaiheet	30

LÄHTEET

1 JOHDANTO

Suomalaisten suunterveys koheni huomattavasti vuoden 1972 jälkeen, jolloin kansanterveyslaki astui voimaan ja mahdollisti kaikille alle 18-vuotiaille suun terveydenedistämiseen liittyvät toimenpiteet. Suomessa positiivinen kehitys oli huomattava 1990-luvulle asti, minkä jälkeen ei ole tapahtunut merkittävää parannusta lasten ja nuorten kariestilastoissa. Paikoitellen kehityssuunta on ollut jopa negatiivinen. (Alanen 2005.) Yleisin suun sairaus on edelleen karies eli hampaiden reikiintyminen ja ientulehdus. Kariksen yleisyyttä Suomessa kuvaa hyvin se, että noin 60 %:lla 12-vuotiaista on vähintään yksi reikiintynyt hammas (Mattila & Rautava 2007). Hampaiden reikiintymisen ja ientulehdusten taustalla ovat riittämätön suuhygienia (hampaiden harjaus ja hammasvälien puhdistaminen) sekä runsaasti hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio. Karies ja iensairaudet ovat suun terveyden riskitekijöitä ja aiheuttavat lopulta hampaiden menettämistä. (Anttonen & Yli-Orpo 2010.)

Suun terveyden perusta luodaan lapsuudessa ja vastuu omahoidon toteutumisesta on vanhemmilla. Onnistumisen edellytyksenä ovat suun terveyttä tukevat elämäntavat. (Hausen ym.2009.) Perheiden ja lasten suunhoidon ohjaus alkaa jo neuvolassa ja jatkuu Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaisena vielä opiskeluterveydenhuollossa. (Anttonen & Yli-Orpo 2010). Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä tukee hyvin lasten suun terveyttä, tarjoamalla ilmaisen suun terveydenhoidon kaikille alle 18-vuotiaille nuorille ja säännölliset suun terveystarkastukset. Yhteiskunnan tuesta huolimatta Suomi ei ole saavuttanut hyviä tuloksia WHO:n koululaistutkimuksessa, joissa suomalaiset nuoret (13–15 v.) ovat edelleen useita eurooppalaisia ikätovereitaan laiskempia hampaiden harjaajia. (Currie ym. 2012.) Pitkälle edennyt karies lasten ja nuorten hampaistossa ovat merkki sairaudesta, johon olisi pitänyt puuttua jo paljon aikaisemmin. (Mattila & Rautava 2007.)

Lasten hampaiden tilaa on Suomessa kartoitettu esimerkiksi Webropol- kyselyllä vuonna 2009, jolloin siihen osallistui Suomen terveyskeskuksissa työskenteleviä hammaslääkäreitä (n=616). Vastaajista 64 % oli sitä mieltä, että lasten suun terveys on huonontunut 2000-luvulla ja suuremmissa kunnissa lasten hampaiden kunto oli huonontunut pienempiä kuntia enemmän. Kyselyssä lasten huonon suun terveyden mittareina olivat erilaiset hampaiden reikiintymisestä johtuvat toimenpiteet. (Anttonen & Yli-Orpo 2010.)

Suomessa vuonna 2009 julkaistu karieksen Käypä hoito -suositus perustuu karieksen hallintaan eli siihen miten ja minkälaisilla toimenpiteillä saadaan hampaiden reikiintyminen pysähtymään. Siinä on huomioitu eri ikäkausiin liittyvät suun terveyttä edistävät suositukset koskien suuhygieniaa, ravintoa ja klinisiä toimenpiteitä. Karieksen hallinnan pääperiaatteita ovat suun terveyttä edistävä elinympäristö sekä varhaislapsuudesta asti onnistunut, hyvän suuhygienian ylläpitäminen. Käypä hoito -suositus on osoitus siitä, että lasten ja nuorten suun terveyttä edistävää, näyttöön perustavaa tietoa karieksen syntymekanismeista on runsaasti sekä ammattilaisten, että muiden siitä kiinnostuneiden saatavilla. (Hausen ym. 2009.)

Uusi terveydenhuoltolaki astui voimaan 1.2.2009 ja asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 1.7.2009. Lain tavoitteena on tarjota kaikille lapsille ja nuorille tasa-arvoiset suunterveyspalvelut asuinpaikasta riippumatta. Asetuksen mukaan määräaikaisten terveystarkastukset on pitänyt järjestää viimeistään 1.1.2011 lähtien. Lisäksi asetuksella on säädetty määräaikaisten terveystarkastusten määrät, ajankohdat ja sisällöt. Asetuksen myötä koko perhe huomioidaan entistä paremmin neuvolan ja kouluterveydenhuollon asiakkaana. (STM 2009.) Suun terveydenhuollon ammattilaisia on mietityttänyt erityisesti se, että nykypäivän lapsilla on vanhempiaan huomattavasti enemmän suunterveysongelmia. Kun vanhempien vastuu lasten suun terveydestä on unohtunut, on pohdittava miten paljon yhteiskunnan on otettava tätä vastuuta. (Alanen 2005.)

Kouluterveyskyselyn avulla saadaan runsaasti tietoa 8.- ja 9.-luokkalaisten nuorten elintavoista ja terveyskäyttäytymisestä. Hampaiden harjaustottumukset ennustavat nuorten tulevaa suun terveyttä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata nuorten hampaiden harjaustottumuksia ja saada tietoa eri taustatekijöiden sekä nuoren tupakoinnin ja perhetekijöiden yhteydestä suun omahoitoon. Kun tiedetään hampaiden harjaukseen yhteydessä olevien eri tekijöiden merkitys suun terveyteen, voidaan suunnitella ja kehittää suun terveydenhuollon palveluita sekä terveyden edistämisen voimavaroja ja hankkeita.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien tiedonhaussa käytettiin Cinahl-, Medic-, Medline- (ovid), Cochrane- ja Terveysportin tietokantoja. Tiedonhaku prosessissa on etsitty väitöskirjoja myös suoraan Helsingin, Turun ja Oulun yliopiston kirjaston tietokannoista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sivuilta käytiin läpi lasten ja nuorten terveydentilaa koskevia tutkimuksia ja raportteja.

Käytetyt hakusanat Cinahl-, Medline- (ovid), Cochrane- ja Medic- tietokannoissa olivat oral health, health promotion, oral hygiene, children, smoking, adolescen*, prevent*, diseases* ja tooth brushing. Suomenkielisessä Medic-haussa käytettiin vastaavia suomenkielisiä hakusanoja. Hakuja tehtiin myös edellä mainittuja hakusanoja yhdistelmällä. Haut rajattiin koskemaan vuosia 2005–2014. Hakujen rajauksena käytettiin ikäryhmää ja englannin kieltä. Artikkeleita etsittiin myös otsikko haulla ja hakusanalla adolescence (13–18 ikävuotta). Tähän tutkimukseen valikoitui 36 tutkimusartikkelia.

Tutkimusartikkelit olivat kysely-, haastattelu-, pitkittäis-, tapaus- ja interventiotutkimuksia. Osa oli systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Tutkimukset käsittelivät perheen, huoltajien ja erilaisten kasvuympäristöjen sekä etnisen taustan yhteyttä suun terveyteen. Valtaosa tutkimuksista oli analysoitu kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä käyttäen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti lasten ja nuorten hyvinvointieroista sekä aikaisemmat tilastot nuorten hampaiden harjaustottumuksista ovat myös mukana tämän tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien tarkastelussa.

2.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Suun terveys (engl. oral health) on WHO:n raportin mukaan osa suun ja kasvojen muodostamaa kokonaisuutta, joka vaikuttaa ihmisen eri toimintoihin. Suun terveys on osa hyvää elämänlaatua ja on enemmän kuin pelkkä hampaiston ja hampaan vieruskudoksen terveys. Ihmisen kokemus omasta suustaan määrittää sen terveyttä eikä hyvää suun terveyttä voida mitata vain sairauksien määrällä tai hoidon tarpeella. Käsitys suun terveydestä on myös yhteiskunta- ja kulttuurisidonnainen, joten siihen vaikuttaa myös ympäristön sosiaalinen hyväksyntä. (Poulsen & Hausen 2008.) Tässä tutkimuksessa suun terveys käsitteeseen yhdistyvät ihmisen omat kokemukset suun terveydestä ja

suuhygieniatottumuksistaan sekä suun terveydenhuollon ammattilaisten tekemät kliiniset hammastarkastukset.

Karies on maailmanlaajuisesti yleisin suun terveyteen vaikuttava infektiosairaus, jonka syntyy vaikuttavat hampaan pinnan biofilmi (bakteerikerros), suuhygienian taso sekä ravinto. Karies on kansanterveydellinen ongelma, jonka syntymisen edellytyksenä on etenkin *Streptococcus mutans*-bakteerin kolonisoituminen alle 3-vuotiaan lapsen hampaiden pinnalle. Bakteerin varhainen kolonisoituminen nostaa merkittävästi lasten hampaiden reikiintymisriskiä. (Meurman ym. 2003.)

Huono suun terveys vaikuttaa lapsuudessa ja nuoruudessa monin eri tavoin. Karies aiheuttaa särkyä ja vaikeuttaa nukkumista sekä syömistä. Ongelmat hampaistossa voivat jopa hidastavat puheen kehittymistä sekä vaikeuttaa hampaiden puhkeamista. Yhdysvaltalaiset tutkijat ovat olleet erityisen huolestuneita siitä, että kariksen esiintyvyys on lisääntynyt etenkin alle 5-vuotiaiden maitohampaistossa. (Riter ym. 2008.) Huono suun terveys sekä siitä johtuvat infektiot ja kivut ovat lisänneet poissaoloja koulusta, jotka saattavat heikentää koulumenestystä (Jackson ym. 2011).

Kariksen lisäksi ientulehdus eli gingiviitti on yleisimpiä suun sairauksia. Ientulehduksen merkit, kuten ienverenvuoto, punoitus ja turvotus ovat oireita, joiden syntyyn voidaan vaikuttaa riittävän tehokkaalla suuhygienialla. Pitkälle edennyt ja kudostuhoa aiheuttava iensairaus, parodontiitti on merkittävä kansantauti, joka johtaa hammaspuutoksiin. Parodontiittia edeltää aina hoitamaton ientulehdus. Tupakointi lisää huomattavasti riskiä sairastua parodontiittiin. (Könönen ym. 2010.)

Sekä kariesta että iensairauksia voidaan ennaltaehkäistä riittävän tehokkaalla suun omahoidolla. Päivittäiseen suun omahoitoon kuuluu hampaiden harjaus fluorihammastahnalla kahdesti päivässä sekä hammasvälien puhdistaminen. Hyvän puhdistustuloksen aikaansaaminen edellyttää oikeata harjaustekniikkaa. Omahoidon lisäksi on kiinnitettävä huomioita myös säännölliseen ateriaritmiin ja veden käyttöön janojuomana. Vastuu lasten hampaiden harjaamisesta on vanhemmilla. Hampaiden harjausta tulee valvoa yläkouluikään asti. (Hausen ym. 2014.)

2.2 Nuorten suun terveys

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 2000- luvulla on tapahtunut vain pientä parannusta hampaiden harjausaktiivisuudessa. Erilaiset suun terveyttä edistävät kampanjat ovat saaneet tilastollisesti aikaan vain pientä muutosta. Eurooppalaiset lapset ja nuoret ovat useissa eri maissa pystyneet parantamaan suuhygieniatottumuksiaan, mutta Suomessa kehitys on pysynyt melko muuttumattomana viimeisen 30 vuoden ajan. (Honkala ym. 2009.) Hampaiden säännöllisellä, kaksi kertaa vuorokaudessa tapahtuvalla harjauksella voidaan tehokkaasti ennaltaehkäistä suunsairauksia. Suomalaislasten harjaustottumuksissa on tapahtunut muutoksia viimeisten 30 vuoden aikana ja etenkin pojat ovat lisänneet harjauskertoja huomattavasti 1970- luvun lopusta. Kuitenkin Suomessa tytöistä vain noin puolet ja pojista kolmasosa noudattaa ohjetta hampaiden säännöllisestä puhdistamisesta. (Poutanen 2007, Honkala ym. 2009, Dye 2010, Kaikkonen ym. 2012.) Pohjoismaista Norjassa, Tanskassa ja Ruotsissa jopa yli 80 % 11 vuotta täyttäneistä tytöistä harjasi hampaansa kaksi kertaa päivässä ja pojistakin runsas 70 % (Eaton & Carlile 2008).

Kaikkosen ym. (2012) mukaan lasten hampaiden reikiintyminen yleistyy myös Suomessa iän myötä niin, että vaikka suurimmalla osalla kolmivuotiaista oli ehjät eli intaktit hampaat, reikiintyminen on yleistynyt jo viisivuotiailla. Karies jatkaa kasvuaan tasaisesti jokaisessa ikäryhmässä niin, että 11-14-vuotiailla on jo keskimäärin 2-3 paikattua hammasta. Sekä Suomessa tehty Lasten terveysseuranta tutkimus (LATE) ja yhdysvaltalainen suun terveyden kehitystä kuvannut tutkimus osoitti, että sukupuolten välillä oli eroja kariesaktiivisuudessa. Ensimmäiseen kouluvuoteen asti pojilla esiintyi tyttöjä enemmän kariesta. (Poutanen 2007, Honkala ym. 2009, Dye 2010, Kaikkonen ym. 2012.)

Skotlannissa vuosina 1998–2006 toteutettu pitkittäistutkimus kartoitti 11-, 13- ja 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien hampaiden harjaustottumuksia ja siihen liittyviä tekijöitä. Tutkimus osoitti, että suurimmat erot sukupuolten välillä oli 13-vuotiaiden tyttöjen ja 15-vuotiaiden poikien välillä. Iän myötä molemmat sukupuolet lisäsivät hampaiden harjauskertoja. Tytöt lisäsivät hampaiden harjausta kahdesti päivässä poikia useimmin. Tutkimus osoitti myös, että 12-vuotiaiden ikäryhmässä säännöllisesti, kahdesti hampaitaan vuorokaudessa harjaavat, huolehtivat hyvin suuhygieniastaan myös myöhemmässä teini-iässä ja varhaisaikuisuudessa (Levin & Currie 2009).

Vaikka 11–12-vuotiailla tytöillä oli poikia enemmän suun terveyteen positiivisesti vaikuttavia tapoja, erot suuhygieniatottumuksissa kuitenkin tasaantuivat 12 ikävuoden jälkeen, jolloin tytöillä

saattoi esiintyä jopa poikia hieman enemmän kariesta. Tässä ikäryhmässä epäedulliset suun terveystottumukset kasaantuivat samoille nuorille niin, että huonot suuhygieniatottumukset yhdistyivät runsaaseen naposteluun. (Poutanen 2007, Honkala ym. 2009.)

Liverpoolissa 13–14-vuotiaille koululaisille tehty tutkimus osoitti, että nuoret tiesivät hyvän suuhygienian ehkäisevän suunsairauksia, mutta kokivat silti siitä saadun hyödyn olevan siitä aiheutuvaa vaivaa pienempi. Nuoret, jotka laiminlöivät suun omahoitoa, odottivat kuitenkin ikätovereidensa ylläpitävän hyvää suuhygieniaa. Tutkimukseen osallistuneet nuoret jopa hyväksyivät huonon suuhygienian seuraukset, kuten hampaiden reikiintymisen ja pahan hajuisen hengityksen. Puutteellista suuhygieniaa perusteltiin ajanpuutteella ja muistamattomuudella. Nuorten huonoa suun terveyttä tuki makea ruokavalio ja terveellisen ruoan kokeminen vastenmielisenä ja vaikeasti saatavana. (Stokes ym. 2006.)

Nuorten itsenäisen rahankäytön lisääntyminen vaikuttaa myös suun terveyteen. Turkkilaisista 11-vuotiaista lapsista hieman yli 60 % käytti viikkorahansa makeisiin ja virvoitusjuomiin. Vain kolmasosa vanhemmista rajoitti rahan käyttöä. (Efe ym. 2007.) Nuorten muuttuneista ruokailutottumuksista kertovat myös voimakkaasti lisääntyneet ylipaino- ongelmat. Väärät ravintotottumukset vaikuttavat voimakkaasti suun terveyteen. Makeiden juomien käytön lisääntyminen näkyy lasten ja nuorten hampaiden lisääntyneenä reikiintymisenä ja hammaseroosion lisääntymisenä. (Hausen ym. 2009, Seppänen 2009.)

2.3 Tupakointi ja suun terveys

Suomalaisten nuoret aloittavat tupakointikokeilut yleisemmin noin 13–15 ikävuoden aikana. Tupakoinnin aloittamisen riskitekijöitä ovat äidin odotusajan tupakointi sekä vanhempien ja kavereiden tupakointi ja siihen liittyvä sosiaalinen paine sekä kehitysympäristön antama malli. Myös huono koulumenestys on usein tupakoinnin aloittamisen taustalla. Hyvä koulumenestys puolestaan oli useimmin taustalla silloin, kun nuori pystyi kieltäytymään tupakoinnista. Kokeilun jälkeen tupakointia jatkavat ne nuoret, joille tupakointi tuottaa psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista mielihyvää. (Ollila 2011, Pennanen 2012.) Kinnusen ym. (2013) mukaan tupakoinnin keskimääräinen aloittamiskä on 16–18 vuotta ja tästä ikäryhmästä noin 17 prosenttia käyttää erilaisia tupakkatuotteita. Nuorten keskuudessa tupakoinnin aloittamiseen ja lopettamiseen ovat

yhteydessä ystävien mielipiteet. Tupakoinnin lopettamista vaikeutti 15–16-vuotiailla myös voimakas nikotiiniriippuvuus. (Heikkinen 2011.)

Tupakointi heikentää merkittävästi nuorten suun terveyttä. Tupakointi yhdistettynä huonoon suuhygieniaan voi johtaa vakaviin hampaan kiinnityskudossairauksiin jo nuorella iällä. Etenkin poikien tupakointiin liittyi usein myös välinpitämättömyys hampaiden harjausta kohtaan. Nuorten tupakointikäyttäytymiseen on aikaisempien tutkimusten mukaan mahdollista vaikuttaa ohjauksen keinoin. Heikkisen (2011) tutkimuksen mukaan terveysneuvonnan jälkeen nuorista 19 % lopetti tupakoinnin. Myös nuorten suun määräraikaistarkastusten yhteydessä toteutettu tupakoinnin ehkäisyprojekti, jossa kerrottiin tupakoinnin vaikutuksista suun terveyteen, vähensi 13-vuotiaiden tupakointia 3 prosenttia. (Kentala 2011). Pennasen (2012) tutkimuksen mukaan tupakoinnin ehkäisyohjelmalla saavutettiin positiivisia tuloksia tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseksi.

Murrosiässä nuorilla esiintyy eniten kielteisiä asenteita suun terveyttä kohtaan. Kohdentamalla suun terveyttä edistäviä terveyskampanjoita murrosikäisille, voidaan vaikuttaa positiivisesti nuoren asenteisiin. Asenteisiin vaikuttaminen on tärkeää, sillä nuorten kielteiset asenteet suun terveyttä kohtaan lisäävät kariksen esiintymistä. Nuorena omaksutut terveelliset elintavat ja tottumukset vaikuttavat vahvasti läpi elämän niin, että murrosiässä tapahtuvat negatiiviset muutokset terveyskäyttäytymisessä, jäävät harvoin pysyviksi. (Poutanen 2007, Tolvanen 2011.)

2.4 Perhetekijät ja suun terveys

Ohjatessa lasta terveellisiin valintoihin ja elämäntapoihin vanhemmat toimivat lastensa roolimalleina. Vanhempien esimerkki suun terveyden edistämisessä sekä tiedon ja asenteiden välittäminen lapsille ja nuorille on nähty tärkeänä. Poikiin vanhempien esimerkki vaikuttaa jopa tyttöjä enemmän. Suun terveyskäyttäytyminen, kuten hampaiden harjaustottumukset, siirtyvät vanhemmilta lapsille. Etenkin äitien käytännön toimilla (lasten hampaiden harjauksesta huolehtiminen) on merkittävä vaikutus lasten suuhygieniaan myös murrosiällä. Vanhempien huono suun terveys ja epäterveelliset elintavat näkyivät lasten hampaiden alkavana reikiintymisenä. (Grönholm ym. 2006, Efe ym. 2007, Poutanen 2007.)

Vanhempien omalla suun terveyskäyttäytymisellä on todettu olevan yhteys lapsen suun terveyteen. Äitien hoitamaton karies ja hammaspuutokset ennustivat lasten hampaiden reikiintymisen olevan yli kolme kertaa yleisempää kuin niiden lasten, joiden äitien suun terveydessä ei ollut ongelmia. Vanhempien asema lasten terveydenedistäjinä ja asenteiden muokkaajina oli merkittävä. (Grönholm ym. 2006, Efe ym. 2007, Plutzer & Keirse 2010.) Terveyskäyttäytymisessä suomen- ja ruotsinkielisten äitien välillä ei ollut merkittäviä eroja, vaikka ruotsinkieliset äidit olivatkin suomenkielisiä äitejä tunnollisempia hampaiden harjaajia. Tutkimukseen osallistuneista suomenkielistä äideistä yli kaksi kolmasosaa ja ruotsinkielisistä yli puolet, ymmärsivät oman hyvän suun terveyden vaikuttavan myös lapsen tulevaan suun terveyteen. (Grönholm ym. 2006.)

Vanhempien tiedot näyttävät vaikuttavan suoraan lasten tietoihin suun terveydestä. Etenkin perheissä, jossa pienet lapset olivat kotona vanhempien kanssa, jäi tiedon välittyminen kokonaan vanhempien vastuulle. Suun terveyteen liittyvän tiedon välittyminen vaikutti merkittävästi lasten terveystietoisuuteen. Vanhempien tiedot suun terveyden edistämisestä, kuten hampaiden säännöllinen harjaus ja ksylitolin käyttö, heijastuivat lasten hammasterveyteen. Suomessa maahanmuuttajaperheissä on mutans-streptokokkien tarttuminen ja hampaiden reikiintymisen todettu olevan muuta väestöä yleisempää, mikä voi kertoa myös tiedon saamisen ja ymmärtämisen vaikeudesta. (Meurman 2011, Hausen ym. 2014.)

Pienten lasten vanhemmilla saattaa olla virheellisiä käsityksiä siitä, miten heidän oma toimintansa voi ratkaisevasti vaikuttaa lasten suun terveyteen tai hampaiden reikiintymiseen. Monet vanhemmista uskoivat, että hampaiden reikiintyminen johtui heikosta hammaskudoksesta, joka todennäköisesti periytyy lapsille. Useat uskoivat myös, että raskaus ja odotusaika automaattisesti vaikuttavat heikentävästi äidin suun terveyteen. Vanhempien tiedoissa suun sairauksien kehittämisessä oli runsaasti vääriä uskomuksia. Osa haastatelluista äideistä piti ienverenvuodon kuuluvan luonnollisena osana hampaiden harjaukseen. Kielteiset asenteet ja huono suunterveys olivat yhteydessä toisiinsa. (Grönholm ym. 2006, Tervonen ym. 2006, Efe ym. 2007, Poutanen 2007).

Kellyn ym. (2005) mukaan huonotuloisissa perheissä uskottiin, että hampaiden menettäminen on suuhygieniasta riippumaton ja joka tapauksessa väistämätön. Näissä perheissä oli vain vähän tietoa suun sairauksista ja suuhygienian merkityksestä. Hampaiden harjausta saatettiin suositella lapsille jopa vain esteettisistä syistä. Näissä perheissä huoltajat useimmiten laiminlöivät omaa suuhygieniaansa, olivat välinpitämättömiä lastensa hampaiden harjausta kohtaan sekä kokivat

lastensa saattamisen suun terveydenhuollon palveluiden piiriin vaivalloisena.

Tutkimuksessa, jossa vanhemmat saivat tietoa ja ohjausta kariesta aiheuttavan mutans-streptokokki tartunnan ennaltaehkäisemisestä, vanhempien koulutustaso ennusti lasten suun terveyttä. Parhaat tulokset eli vähiten mutans-infektioita oli niillä lapsilla, joiden vanhemmilla oli pidempi koulutustausta. Koulutustausta oli yhteydessä etenkin kotona toteutettavan terveysohjelmaan vaikuttavuuteen. (Meurman 2011.)

Vanhempien koulutustausta oli suoraan yhteydessä myös hampaiden harjauskertoihin niin, että korkeasti koulutetut vanhemmat, etenkin äidit, harjasivat hampaitaan säännöllisesti, kaksi kertaa päivässä. Lapsilla, joiden äidin ammattiasema oli matala, esiintyi enemmän bakteeripeitettä (biofilmiä) hampaiden pinnoilla kuin korkean ammattiaseman äitien lapsilla. Isän korkea ammattiasema edisti etenkin tyttöjen suun terveyttä. (Poutanen 2007, Efe ym. 2007.) Sukupuolen ja korkean koulutuksen merkitys näkyi myös Englannissa ja Kanadassa toteutetuissa tutkimuksissa, joissa korkeasti koulutetut naiset harjasivat säännöllisemmin ja huolellisemmin hampaansa kuin miehet (Eaton & Carlile 2008).

Perheen taloudelliset tekijät määrittävät myös suun terveyttä. Holstin (2008) mukaan esimerkiksi hammaspuutoksia esiintyy väestössä edelleen eniten alhaisen tulotason ja matalan koulutuksen omaavilla henkilöillä. Huono suun terveys on lisääntynyt kuitenkin myös hyvin toimeentulevien perheiden ja etenkin nuorten poikien keskuudessa. Tätä selittää osaltaan heidän keskuudessaan lisääntynyt makeiden juomien ja epäterveellisten välipalojen käyttö. (Dye ym. 2011.)

Kuten edellä myös Peres ym. (2007) tutkivat Brasiliassa köyhyyden vaikutuksia nuoren suun terveyteen. Tutkimuksessa perheen taloudellinen asema huomioitiin sekä lapsuudessa että nuoruudessa. Tutkimuksen mukaan perheiden heikko taloudellinen asema näkyi nuorten lisääntyvänä hampaiden reikiintymisenä, huonona suuhygieniana ja suun terveyspalveluiden käytön laiminlyöntinä. Suun terveyden näkökulmasta heikoimmassa asemassa olivat nuoret, jotka olivat eläneet koko ikänsä köyhissä olosuhteissa. Taloudellisten olosuhteiden muutos köyhästä lapsuudesta parempaan taloudelliseen asemaan nuoruudessa tai päinvastoin, ei selvästi vähentänyt kariksen esiintymistä, mutta lisäsi suun terveyspalveluiden käyttöä. Köyhyydellä oli yhteys myös hampaiden harjauskertoihin. Hampaiden harjaus kaksi kertaa päivässä oli vähäisintä pojilla (49,4 %), jotka kuuluivat köyhiin perheisiin. Vastaava luku hyvätuloisten perheen pojilla oli 62 prosenttia. Tytöt olivat myös tässä tutkimuksessa, jokaisessa kategoriassa poikia aktiivisempia

hampaiden harjaajia. (Peres ym. 2007.)

Karieksen varhainen esiintyminen oli yleisempää yksinhuoltajien (vain äiti) lapsilla verrattuna niihin lapsiin, jotka asuivat molempien vanhempiensa kanssa. Vaikka yksinhuoltajaäidit saivat ohjausta lapsen suun terveyden edistämiseen jo odotusaikana sekä lapsen ollessa 6 kuukauden ja vuoden ikäinen, sillä ei ollut merkittävää vaikutusta karieksen esiintymiseen kaksivuotiailla lapsilla. Yksinhuoltajaperheille annettu ohjaus vähensi karieksen esiintymistä, mutta erot verrokkiryhmään säilyivät silti kaksi kertaa suurempina. Terveysneuvonta, jonka tavoitteena oli ennaltaehkäistä mutans-infektio, tuotti huomattavasti parempia tuloksia kahden vanhemman perheessä. (Plutzer & Keirse 2010.)

Hiroko & Rozier (2013) mukaan yksinhuoltajaperheissä etenkin riittävä sosiaalinen pääoma, kuten luottamus asuinympäristöön ja sen vastavuoroisuuteen sekä tarvittaessa avun antamiseen esimerkiksi lastenhoidossa edisti lasten suunterveyttä ja äitien aktiivisuutta käyttää lasten suun terveyttä edistäviä palveluita. Vastaavasti alhaisen sosiaalisen pääoman omaavat yksinhuoltaja äidit todennäköisemmin unohtivat ja laiminlöivät lasten sovitut suun terveydenhuollon käynnit.

Perherakenne vaikutti myös suun terveystalouden käyttöaktiivisuuteen niin, että yksinhuoltajat jättivät useimmiten tuomatta lapsen suun terveystarkastuksiin. Sama suuntaus näkyi myös osallistumisessa erilaisiin suunterveyttä edistäviin ohjelmiin. Palveluiden maksuttomuus ei automaattisesti edistänyt lasten ja nuorten suunterveyttä. Pienituloisuus ja yksinhuoltajuus voi johtaa tilanteeseen, missä lapsi jää myös ilmaisten palveluiden ulkopuolelle. (Kelly ym. 2005, Plutzer & Keirse 2010.)

2.5 Elinympäristö ja suun terveys

Uuden terveydenhuoltolain myötä myös suun terveydenhuollossa pyritään koko perheen hyvinvoinnin tukemiseen. Eri ikäluokat kattavat suun terveystarkastukset tehdään kaikille alle 18-vuotiaille asuinpaikasta riippumatta. Myös odottavat perheet saavat vähintään yhden suun terveydentilan arvioinnin. Yhteistyötä kouluterveydenhuollon kanssa pyritään lisäämään myös erilaisten kansallisten terveyshankkeiden avulla, kuten KASTE- ja PARAS-hanke. (Anttonen & Yli-Orpo 2010.)

Kouluilla on merkittävä rooli lasten ja nuorten suun terveyden edistäjänä jo pelkästään siksi, että niiden avulla voidaan saavuttaa tehokkaasti suuria määriä lapsia ja heidän perheitään (Kwan ym. 2005, Seppänen 2009). Tätä mahdollisuutta ei kuitenkaan hyödynnetä riittävästi, vaikka erilaiset suun terveyttä edistävät teemat olisivat helposti sisällytettävissä koulujen oppiaineisiin ja opetussuunnitelmiin. (Kwan ym. 2005.) Suun terveyttä voidaan edistää terveystieteiden keinoin, kuten Kilpeläinen ym. (2013) tutkimuksessaan totesivat. Intensiivisen ohjauksen tavoitteena oli alle 12-vuotiaiden hampaiden harjauksen tehostaminen. Lisäksi teemoina olivat ravitsemus ja tupakointi. Hampaiden harjaustiheys parani ja tutkimukseen osallistuneista kaksi kolmasosaa ilmoitti harjaavansa kahdesti päivässä.

Koulu toimii yhdessä vanhempien kanssa esimerkkinä ja voivat myös yhdessä edistää lasten ja nuorten suun tervettä. Koulun tarjoamat terveelliset ruoka- ja välipalavaihtoehdot ovat osa lapsen terveellisten ruokailutottumusten muodostumista, mikä vaikuttaa suun terveyden lisäksi myös nuorten ylipainon lisääntymiseen. Vaikka makeita välipaloja ja virvoitusjuomia myyvien yläkoulujen osuus on vähentynyt vuodesta 2007, se on edelleen yleinen käytäntö jopa 24 prosentilla kyselyyn vastanneista kouluista. Makeisten tuotteiden myynnin lopettamiseen on vaikuttanut Opetushallituksen ja Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen tiedotteiden lisäksi vanhempien ja kunnan vetoomukset. Huolestuttavaa oli, että terveellisen ja maksuttoman välipalan tarjosi kouluista vain neljännes. (Seppänen 2009.)

Maailman sosiaalinen epätasa-arvo heijastuu suun terveyteen etenkin, jos terveystieteiden tai hoitoon pääsy eivät ole kaikkien saatavilla. Sosiaalinen epätasa-arvo ei ole vain köyhien maiden ongelma, vaan sitä esiintyy myös maissa, missä terveydenedistämiseen ja terveystietoihin on panostettu. Julkisen hammashuoltojärjestelmän etuna on se, että se auttaa tasaamaan kodin ja ympäristön mahdollisesti aiheuttamia eroja lasten ja nuorten suun terveystottumuksissa. Sosiaaliset erot suunterveydessä korostuvat etenkin kun julkisen terveydenhuollon vaikutus loppuu. Lasten välistä epätasa-arvoa voidaan lieventää myös sillä, että lasten suuhun katsoisivat myös muut kuin suunterveydenhuollon ammattilaiset. Varhainen puuttuminen on suun terveydenedistämisen avaintekijä. (Holst 2008, Riter 2008.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata suomalaisten 8.- ja 9.- luokkalaisten nuorten hampaiden harjaustottumuksia sekä tupakoinnin ja perhetekijöiden yhteyttä hampaiden harjaustottumuksiin tytöillä ja pojilla Kouluterveyskyselyn 2010–2011 mukaan. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten suun terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka yleistä on hampaiden harjaaminen 8.- ja 9.-luokkalaisilla tytöillä ja pojilla?
2. Miten 8.-ja 9.-luokkalaisten tyttöjen ja poikien tupakointi on yhteydessä hampaiden harjaamiseen?
3. Miten perhetekijät ovat yhteydessä 8.-ja 9.-luokkalaisten tyttöjen ja poikien hampaiden harjaamiseen?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Aineiston kuvaus ja tutkimuksen mittari

Tutkimuksen aineisto (n=102545) on Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen vuosina 2010 ja 2011 toteutettu Kouluterveyskysely 8.- ja 9.-luokkalaisille. Vuonna 2010 aineisto on kerätty Etelä-Suomesta, Itä-Suomesta sekä Lapista ja vuonna 2011 siihen osallistuivat muut peruskoulun 8. ja 9. luokat Manner-Suomesta sekä Ahvenanmaa. Kyselyn tavoitteena on saada tietoa nuorten koulukokemuksista, terveydestä ja elämäntavoista ja se toteutetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja eri oppilaitosten yhteistyönä. Peruskoulun 8.- ja 9.-luokkien oppilasmääriin suhteutettuna aineiston 2010–2011 kattavuus oli 80 %. (THL 2014.)

Tutkimuksen selitettävä muuttuja on nuorten hampaiden harjauksen yleisyys. Vastausvaihtoehdot olivat ”en koskaan”, ”harvemmin kuin kerran viikossa”, ”vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin”, ”kerran päivässä” ja ”useammin kuin kerran päivässä”. Selittäviä

muuttujia ovat nuorten tupakointi ja perhetekijät. Perhetekijät tässä tutkimuksessa ovat vanhempien koulutustausta, työllisyystilanne, perherakenne ja vanhempien tupakointikäyttäytyminen. Tutkimuksen taustamuuttujia ovat nuoren sukupuoli, ikä ja luokka-aste. Tutkimuksen tausta- ja perhetekijät luokitteluineen on kuvattu taulukossa 1.

4.2 Aineiston analyysi

Hampaiden harjaustottumuksia, nuorten tupakointia ja perhetekijöitä kuvattiin frekvenssi- ja prosenttiosuuksilla. Muuttujien välistä yhteyttä ja riippuvuutta tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliö-testin avulla. Tässä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin $p < 0,001$ suuren aineistokoon takia. Aineiston analyysi tehtiin IBM SPSS Statistics 21-ohjelmalla.

Aineistosta luokiteltiin uudelleen hampaiden harjausta, vanhempien koulutusta ja perherakennetta kuvaavat muuttujat. Hampaiden harjaustottumuksia tutkittiin harjauskertojen lukumäärän avulla. Vastausvaihtoehtoja oli viisi. Taulukossa 1 on kaikkien viiden vastausvaihtoehdon esiintyvyys 8.- ja 9.-luokkalaisten osalta. Lopullisessa analyysissä hampaiden harjauksesta muodostettiin neliluokkainen muuttuja, jossa yhdistettiin kaksi viimeistä vastausvaihtoehtoa ”harvemmin kuin kerran viikossa” ja ”en koskaan”.

Vanhempien koulutusta koskevat vastausvaihtoehdot luokiteltiin kolmiluokkaiseksi. Taulukossa 1 on esitelty kaikki viisi vastausvaihtoehtoa. Lopullisessa analyysissä luokat olivat ”peruskoulu/kansakoulu”, lukio/ammattillinen oppilaitos” ja ”korkeakoulu/yliopisto”. Perherakenne luokiteltiin neliluokkaiseksi niin, että ”ydinperhe” koostui vaihtoehdosta ”äiti ja isä”, ”uusperheen” muodostivat ”äiti ja isäpuoli” sekä ”isä ja äitipuoli”, ”yksinhuoltajaperhe” sisälsi vaihtoehdot ”vain äiti” ja ”vain isä” ja luokkaan ”muu” kuuluivat vaihtoehdot ”joku muu huoltaja” ja avo-/aviopuoliso”. Aineisto analysoitiin sukupuolittain, koska aikaisempien tutkimusten mukaan on havaittu eroja tyttöjen ja poikien hampaiden harjaustottumuksissa (THL 2014).

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistujien kuvaus

Kyselyyn vastanneista noin puolet oli 8.-luokkalaisia (n=51073) ja hieman yli puolet 9.-luokkalaisia (n=51472). Vastaajien ikä vaihteli 13 ja 20 ikävuoden välillä. Lähes kaikki (96 %) vastanneista oli 13–16 vuotta. Tyttöjen (n=51216) osuus vastaajista oli vain hieman poikia (n=51329) vähäisempi.

Nuorista runsas kolme neljäsosaa (78 %) asui ydinperheissä, molempien vanhempiensa kanssa. Seuraavaksi eniten asuttiin uusperheissä (12 %). Alle kymmenesosa (9 %) asui äidin tai isän kanssa, yksinhuoltajaperheessä. Edellä mainittujen perhemuotojen ulkopuolelle jäi yksi prosentti vastaajista. (Taulukko 1.)

Tutkimukseen vastanneiden äidit (31 %) olivat hieman isiä (26 %) useammin korkeasti koulutettuja. Yli puolet (58 %) nuorten vanhemmista olivat lukion ja tai ammatillisen koulutuksen suorittaneita. Noin kymmenesosalla vastanneiden vanhemmista ei ollut muuta tutkintoa kuin perus-, kansa- tai kansalaiskoulu. Vanhempien työllisyysaste oli 69 prosenttia. Nuorista 27 prosenttia asui perheessä, jossa toinen vanhemmista oli ollut kuluneen vuoden aikana työttömänä tai pakkolomalla. Perheitä, joissa molemmat vanhemmat olivat olleet työttömänä tai pakkolomalla viimeksi kuluneen vuoden aikana, oli alle 4 prosenttia. (Taulukko 1.)

Nuorten mukaan kaksi kolmasosaa isistä (67 %) ja 76 prosenttia äideistä eivät tupakoineet, kun huomioitiin sekä ei tupakoivat, että tupakoinnin lopettaneet sekä tupakointilakossa olevat vanhemmat. Nuorten vanhemmista isät (27 %) tupakoivat äitejä (20 %) useammin sekä tyttöjen että poikien osalta, molemmilla luokka-asteilla.

5.2 Nuorten hampaiden harjauksen yleisyys

Tytöistä 62 prosenttia ilmoitti harjaavansa hampaitaan suositusten mukaan eli useammin kuin kerran päivässä. Pojista hieman yli kolmasosa (38 %) noudatti tätä suositusta. Tytöistä yksi kolmasosa ja pojista lähes puolet, harjasi hampaitaan vain kerran päivässä. Pojat laiminlöivät

hampaiden harjausta tyttöjä useammin. Pojista 15 prosenttia ja tytöistä 5 prosenttia harjasi hampaitaan harvemmin kuin kerran päivässä. (Taulukko 2.)

Luokka-aste ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä nuorten hampaiden harjauskertojen lukumäärään. Säännöllisemmin hampaitaan harjasivat 9.-luokkalaiset tytöt, joista yli 63 prosenttia harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Sen sijaan 9.-luokkalaiset pojat (48 %) harjasivat tyypillisemmin vain kerran päivässä. (Taulukko 1.)

5.3 Nuorten tupakointi ja sen yhteys hampaiden harjaukseen

Yli puolet tytöistä ja pojista ei tupakoinut lainkaan. Lisäksi lähes 14 prosenttia nuorista oli lopettanut tupakoinnin tai oli tupakointilakossa. Nuorista päivittäin tupakoi 15 prosenttia. 8.-luokkalaisista tytöistä 76 prosenttia ei tupakoinut kyselyhetkellä, kun huomioitiin myös tupakointilakossa ja tupakoinnin lopettaneiden osuudet. Sekä tytöillä että pojilla tupakointia esiintyi eniten 9. luokalla. Joka viides 9.-luokkalaisista pojista ja 16 prosenttia saman luokka-asteen tytöistä tupakoi päivittäin. (Taulukko 1.)

Tupakointi oli tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) yhteydessä hampaiden harjauksen yleisyyteen. Tupakoivat tytöt harjasivat hampaitaan muita tyttöjä vähemmän. Puolet päivittäin tupakoivista tytöistä harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä. Vastaavasti kaksi kolmasosaa tupakoimattomista tytöistä huolehti hampaiden harjauksesta harjaussuositusten mukaan vähintään kahdesti päivässä. (Taulukko 3.)

Eniten hampaiden harjausta laiminlöivät päivittäin tupakoivat pojat, joista joka viides harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä ja yli 28 prosenttia ei harjannut lainkaan päivittäin. Vajaa puolet (48 %) päivittäin tupakoivista pojista harjasi hampaansa vain kerran päivässä. Tupakoimattomista pojista alle puolet (42 %) harjasi hampaitaan useamman kerran päivässä. Sekä tytöillä että pojilla säännöllinen tupakointi näkyi hampaiden vähäisempinä harjauskertoina. (Taulukko 3.)

Taulukko 1. 8.- ja 9.-luokkalaisten hampaiden harjaus, tupakointi ja perhetekijät (Kouluterveyskysely 2010–2011 n=102545)

Luokka-aste sukupuolittain	Tytöt 8.lk (n=25475)	Tytöt 9.lk (n=25741)	Pojat 8.lk (n=25598)	Pojat 9.lk (n=25731)	Yhteensä (n=102545)
Muuttujat	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Hampaiden harjaus					
en koskaan	0,5 (137)	0,5 (126)	2,6 (646)	2,5 (641)	1,5 (1550)
harvemmin kuin kerran viikossa	0,8 (207)	0,7 (177)	3,1 (787)	2,8 (703)	1,8 (1874)
vähintään krt /vko, ei päivittäin	3,8 (966)	3,1 (788)	9,3 (2363)	9,3 (2370)	6,4 (6487)
kerran päivässä	33,9 (8592)	32,4 (8297)	47,3 (11960)	48,1 (12217)	40,4 (41066)
useammin kuin kerran päivässä	60,9 (15413)	63,3 (16186)	37,7 (9539)	37,3 (25422)	49,8 (50629)
Nykyinen tupakointi					
päivittäin	11,0 (2769)	16,3 (4173)	13,2 (3336)	19,9 (5052)	15,1 (15330)
kerran viikossa tai useammin	4,4 (1102)	5,6 (1428)	3,8 (970)	4,9 (1238)	4,7 (4738)
harvemmin kuin kerran viikossa	8,6 (2175)	10,9 (2787)	5,8 (1476)	7,5 (1916)	8,2 (8354)
lakossa tai lopettanut	12,5 (3151)	13,9 (3558)	15,2 (3846)	15,1 (3825)	14,2 (14380)
en tupakoi	63,6 (16074)	53,2 (13604)	61,9 (15660)	52,6 (13372)	57,8 (58711)
Isän tupakointi					
ei ole tupakoinut	43,7 (10957)	43,9 (11164)	44,8 (11160)	44,3 (11157)	44,2 (44438)
on tupakoinut, mutta lopettanut	22,7 (5678)	23 (5851)	22,8 (5681)	24,1 (6065)	23,1 (23275)
tupakoi nykyisin	27,3 (6855)	26,8 (6804)	26,3 (6555)	25,6 (6440)	26,5 (26654)
en osaa sanoa	6,3 (1577)	6,3 (1590)	6,1 (1527)	6,0 (1510)	6,2 (6204)
Äidin tupakointi					
ei ole tupakoinut	59,1 (14769)	59,4 (15059)	59,3 (14716)	59,5 (14908)	59,3 (59452)
on tupakoinut, mutta lopettanut	16,5 (4117)	16,7 (4244)	17,0 (4223)	16,5 (4144)	16,7 (16728)
tupakoi nykyisin	20,5 (5123)	20,1 (5105)	19,1 (4731)	19,3 (4842)	19,8 (19801)
en osaa sanoa	3,9 (965)	3,7 (946)	4,6 (1129)	4,7 (1166)	4,2 (4206)
Isän korkein koulutus					
peruskoulu tai					
kansakoulu/kansalaiskoulu	17,8 (4102)	16,8 (4054)	14,9 (3439)	14,70 (3512)	16,1 (15107)
lukio tai ammatillinen oppilaitos	35,3 (8124)	37,2 (8991)	36,4 (8394)	38,10 (9085)	36,8 (34594)
lukio tai ammatillinen oppilaitos					
ja ammatillisia opintoja	22,9 (5273)	21,0 (5065)	21,7 (5006)	19,3 (4609)	21,2 (19953)
yliopisto tai korkeakoulu	23,9 (5502)	25,0 (6048)	26,9 (6204)	27,9 (6650)	25,9 (24404)
Äidin korkein koulutus					
peruskoulu tai					
kansakoulu/kansalaiskoulu	12,8 (3029)	11,9 (2958)	10,8 (2563)	10,2 (2490)	11,4 (11040)
lukio tai ammatillinen oppilaitos	30,2 (7148)	32,1 (7951)	32,8 (7764)	34,5 (8421)	32,4 (31284)
lukio tai ammatillinen oppilaitos					
ja ammatillisia opintoja	28,3 (6691)	26,4 (6547)	24,4 (5787)	23,2 (5681)	25,6 (24706)
yliopisto tai korkeakoulu	28,8 (6816)	29,5 (7315)	31,9 (7561)	32,1 (7846)	30,6 (29538)

Taulukko 1. (jatkuu) 8.- ja 9.-luokkalaisten hampaiden harjaus, tupakointi ja perhetekijät
(Kouluterveyskysely 2010–2011 n=102545)

Luokka-aste sukupuolittain	Tytöt 8.lk (n=25475)	Tytöt 9.lk (n=25741)	Pojat 8.lk (n=25598)	Pojat 9.lk (n=25731)	Yhteensä (n=102545)
Muuttujat	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Vanhempien työttömyys/pakkoloma					
ei kumpikaan	69,0 (17422)	67,5 (17222)	70,7 (17818)	69,0 (17481)	69,0 (69943)
toinen vanhemmista	27,4 (6913)	28,6 (7297)	25,8 (6506)	27,2 (6898)	27,3 (27614)
molemmat vanhemmat	3,6 (902)	4,0 (1011)	3,4 (861)	3,8 (969)	3,7 (3743)
Perherakenne					
ydinperhe	77,9 (19649)	77,0 (19668)	79,6 (20031)	78,3 (19821)	78,2 (79169)
uusperhe	12,4 (3136)	12,7 (3227)	11,6 (2918)	11,9 (3010)	12,2 (12291)
yksinhuoltaja	8,9 (2219)	9,4 (2402)	7,9 (1989)	8,7 (2192)	8,7 (8802)
joku muu	0,8 (208)	0,9 (234)	0,9 (234)	1,2 (307)	1,0 (983)

Taulukko 2. 8.- ja 9.-luokkalaisten tyttöjen ja poikien hampaiden harjauksen yleisyys (Kouluterveyskysely 2010–2011 n=101606)

Hampaiden harjaus				
Sukupuoli	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran viikossa % (n)	Vähintään kerran viikossa, mutta ei päivittäin % (n)	Kerran päivässä % (n)	Useammin kuin kerran päivässä % (n)
Tytöt (n=50889)	1,3 (647)	3,4 (1754)	33,2 (16889)	62,1 (50629)
Pojat (n=50717)	5,5 (2777)	9,3 (4733)	47,7 (24177)	37,5 (19030)
Yhteensä (n=101606)	3,4 (3424)	6,4 (6487)	40,4 (41066)	49,8 (50629)

Taulukko 3. 8.- ja 9-luokkalaisten tyttöjen ja poikien hampaiden harjauksen ja tupakoinnin välinen yhteys (Kouluterveyskysely 2010–2011 n=100599)

		Hampaiden harjaus				
	Yhteensä n	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran viikossa % (n)	Vähintään kerran viikossa, mutta ei päivittäin % (n)	Kerran päivässä % (n)	Useammin kuin kerran päivässä % (n)	p-arvo *
Tytöt (n=50501)						
Nykyinen tupakointi						< 0,001
päivittäin	6851	3,8 (259)	5,7 (392)	39,0 (2674)	51,5 (3526)	
kerran viikossa tai useammin	2513	1,9 (47)	4,7 (117)	35,7 (898)	57,7 (1451)	
harvemmin kuin kerran viikossa	4928	1,0 (47)	3,4(167)	31,7 (1564)	63,9 (3150)	
lakossa tai lopettanut	6667	1,0 (67)	3,6 (242)	32,7 (2182)	62,6 (4176)	
en tupakoi	29542	0,7 (218)	2,8 (829)	32,0 (9464)	64,4 (19031)	
Pojat (n=50098)						
Nykyinen tupakointi						< 0,001
päivittäin	8203	14,0 (1152)	14,3 (1174)	48,3 (3966)	23,3 (1911)	
kerran viikossa tai useammin	2173	7,7 (167)	11,7 (255)	49,4 (1074)	31,2 (677)	
harvemmin kuin kerran viikossa	3337	4,1 (136)	10,5 (352)	47,9 (1597)	37,5 (1252)	
lakossa tai lopettanut	7577	4,7 (358)	9,1 (688)	48,6 (3680)	37,6 (2851)	
en tupakoi	28808	3,2 (259)	7,6 (2201)	47,1 (13572)	42,1 (12125)	

*Khiin neliö-testi

5.4 Perhetekijöiden yhteys hampaiden harjaukseen

Kaikki tutkimuksessa tarkasteltavat perhetekijät (perherakenne, vanhempien koulutus, vanhempien työllisyystilanne ja vanhempien tupakointi) olivat tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) yhteydessä nuorten hampaiden harjaustottumuksiin. (Taulukko 4. ja 5.)

Perherakenne oli yhteydessä nuorten harjaustottumuksiin ($p < 0,001$). Ydinperheissä asuvista tytöistä 64 prosenttia ja pojista 39 prosenttia harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä. Yksinhuoltaja- ja uusperheissä sekä tytöt että pojat harjasivat hampaitaan ydinperheiden nuoria vähemmän. Uusioperheiden tytöistä 58 prosenttia ja yksinhuoltajaperheissä asuvista 56 prosenttia harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä. Pojat harjasivat hampaitaan yleisemmin kerran päivässä, perhemuodosta riippumatta. (Taulukko 4. ja 5.)

Jokin muu perhemuoto ($n = 970$) kuin edellä mainitut oli yhteydessä vähäisempään hampaiden harjauskertoihin sekä tytöillä että pojilla. Näissä perhemuodoissa asuvista pojista 41 prosenttia ja tytöistä viidesosa (21 %) eivät harjanneet hampaitaan koskaan tai harvemmin kuin kerran viikossa.

Vanhempien koulutustausta oli yhteydessä hampaiden harjaamiseen ($p < 0,001$). Isän korkea koulutus oli yhteydessä sekä tyttöjen että poikien hampaiden harjauksen yleisyyteen. Näissä perheissä tytöistä 69 prosenttia ja pojista 46 prosenttia harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä. Ero korkeasti koulutettuihin äiteihin oli kuitenkin pieni. Vanhempien matala koulutus oli yhteydessä hampaiden harjauksen vähäisyyteen. Esimerkiksi perheissä, joissa äidillä oli matala koulutus tytöistä 54 prosenttia ja pojista 30 prosenttia harjasi hampaitaan suositusten mukaan eli useammin kuin kerran päivässä. (Taulukko 4. ja 5.)

Vanhempien työttömyys oli yhteydessä nuorten hampaiden harjaukseen ($p < 0,001$). Jos molemmat vanhemmat olivat olleet työttömänä viimeisen vuoden aikana, hieman yli puolet tytöistä (51 %) ja 28 prosenttia pojista harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä. Myös toisen vanhemman työttömyys oli yhteydessä vähäisempään hampaiden harjaukseen. Perheissä, joissa työttömyyttä ei ollut lainkaan tytöistä 64 prosenttia ja pojista 40 prosenttia harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä. (Taulukko 4. ja 5.)

Vanhempien tupakointi oli yhteydessä sekä tyttöjen että poikien hampaiden harjaukseen ($p < 0,001$). Vanhempien tupakoimattomuus näkyi hampaiden harjauskertojen lisääntymisenä. Tupakoimattomien isien tytöistä 65 prosenttia ja pojista 43 prosenttia huolehti hampaiden harjauksesta useammin kuin kerran päivässä. Vanhempien tupakointi oli yhteydessä hampaiden vähäisempään harjaukseen. Äidin tupakointi oli yhteydessä sekä tyttöjen että poikien vähäisempään hampaiden harjaukseen hieman isän tupakointia enemmän. Tytöistä 55 prosenttia ja pojista 28 prosenttia harjasi hampaitaan useammin kuin kerran päivässä niissä perheissä, joissa äiti tupakoi. (Taulukko 4. ja 5.)

Taulukko 4. 8.- ja 9.-luokkalaisten tyttöjen hampaiden harjaus ja perhetekijöiden välinen yhteys (Kouluterveyskysely 2010–2011 n=102545)

Hampaiden harjaus						
Tytöt	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran viikossa	Vähintään kerran viikossa, mutta ei päivittäin	Kerran päivässä	Useammin kuin kerran päivässä	p-arvo*	Yhteensä n
Tausta- ja perhetekijät	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
Isän tupakointi					< 0.001	50161
ei ole tupakoinut	0,9 (191)	2,9 (635)	31,1 (6840)	65,2 (14340)		22006
on tupakoinut, mutta lopettanut	1,0 (111)	3,2 (363)	33,6 (3845)	62,3 (7138)		11457
tupakoi nykyisin	1,9 (259)	4,4 (598)	36,0 (4882)	57,7 (7813)		13552
en osaa sanoa	2,0 (62)	4,2 (131)	35,1 (1105)	58,7 (1848)		3146
Äidin tupakointi					< 0.001	50010
ei ole tupakoinut	0,8 (249)	46,8 (808)	31,5 (9331)	65,0 (19278)		29666
on tupakoinut, mutta lopettanut	1,2 (99)	3,9 (328)	34,5 (2869)	60,3 (5010)		8306
tupakoi nykyisin	2,6 (226)	5,2 (530)	37,4 (3798)	55,1 (5595)		10149
en osaa sanoa	1,2(623)	3,2 (61)	32,9 (622)	61,2 (1157)		1889
Isän korkein koulutus					< 0.001	46977
peruskoulu/kansakoulu	2,8 (181)	4,0 (326)	37,6 (3055)	56,2 (4562)		8124
lukio/amatillinen koulutus	0,9 (255)	3,5 (965)	34,0 (9309)	61,5 (16823)		27352
korkeakoulu/yliopisto	1,2 (133)	2,4 (275)	27,4 (3153)	69,0 (7940)		11501
Äidin korkein koulutus					< 0.001	48266
peruskoulu/kansakoulu	3,0 (176)	4,4 (264)	38,6 (2296)	54,0 (3218)		5954
lukio/amatillinen koulutus	1,0 (282)	3,6 (1028)	34,4 (9705)	61,0(17206)		28221
korkeakoulu/yliopisto	1,0 (143)	2,4 (344)	28,4 (3998)	68,2 (9606)		14091
Vanhempien työttömyys tai pakkoloma					< 0.001	50558
ei kumpikaan	1,4 (194)	2,9 (1014)	32,0 (11036)	64,2 (22166)		34511
toinen vanhemmista	7,8 (149)	4,5 (632)	35,7 (5053)	58,4 (8269)		14148
molemmat vanhemmat	1,3 (638)	5,2 (98)	35,9 (682)	51,1 (970)		1899
Perherakenne					< 0.001	50534
ydinperhe	0,9 (347)	3,0 (1189)	32,5 (12710)	63,6 (24920)		39166
uusperhe	1,9 (122)	4,8 (302)	35,2 (2230)	58,1 (3673)		6327
yksinhuoltajaperhe	1,5 (70)	5,0 (231)	37,0 (1704)	56,4 (2598)		4603
muu	21,0 (92)	4,6 (20)	26,9 (118)	47,5 (208)		438

*Khiin neliö-testi

Taulukko 5. 8.- ja 9.-luokkalaisten poikien hampaiden harjaus ja perhetekijöiden välinen yhteys (Kouluterveyskysely 2010–2011 n=102545)

Hampaiden harjaus						
Pojat	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran viikossa	Vähintään kerran viikossa, mutta ei päivittäin	Kerran päivässä	Useammin kuin kerran päivässä	p-arvo*	Yhteensä
Tausta- ja perhetekijät	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		n
Isän tupakointi					< 0,001	49510
ei ole tupakoinut	3,7 (821)	7,1 (1559)	46,3 (10219)	43,0 (9487)		22086
on tupakoinut, mutta lopettanut	4,9 (563)	9,9 (1148)	48,7 (5650)	36,5 (4239)		11600
tupakoi nykyisin	7,7 (993)	12,4 (1591)	49,8 (6384)	30,1 (3857)		12825
en osaa sanoa	9,2 (275)	10,4 (312)	46,2 (1385)	34,2 (1027)		2999
Äidin tupakointi					< 0,001	49272
ei ole tupakoinut	4,0 (1167)	7,5 (2213)	47,0 (13790)	41,4 (12143)		29313
on tupakoinut, mutta lopettanut	5,4 (441)	10,8 (886)	48,9 (4027)	35,0 (2886)		8240
tupakoi nykyisin	9,1 (859)	13,5 (1278)	49,4 (4664)	28,0 (2649)		9448
en osaa sanoa	8,7 (198)	10,0 (226)	49,4 (1032)	35,9 (815)		2271
Isän korkein koulutus					< 0,001	46580
peruskoulu/kansakoulu	9,4 (647)	10,9 (750)	49,2 (3398)	30,6 (2116)		6911
lukio/ammattillinen koulutus	4,3 (1155)	9,9 (2675)	49,7 (13378)	36,0 (9687)		26895
korkeakoulu/yliopisto	5,2 (659)	6,9 (885)	42,3 (5398)	45,7 (5832)		12774
Äidin korkein koulutus					< 0,001	47774
peruskoulu/kansakoulu	12,0 (604)	11,1 (559)	47,1 (2363)	29,7 (1492)		5018
lukio/ammattillinen koulutus	4,5 (1222)	10,0 (2758)	50,1 (13755)	35,4 (9716)		27451
korkeakoulu/yliopisto	4,9 (754)	7,3 (1114)	43,2 (6613)	44,6 (6823)		15305
Vanhempien työttömyys tai pakkoloma					< 0,001	50176
ei kumpikaan	4,2 (1464)	8,4 (2933)	48,0 (16830)	39,5 (13852)		35079
toinen vanhemmista	6,3 (836)	11,5 (1533)	48,4 (6429)	33,8 (4492)		13290
molemmat vanhemmat	23,3 (421)	11,4 (206)	37,8 (683)	27,5 (497)		1807
Perherakenne					< 0,001	50137
ydinperhe	4,3 (1700)	8,6 (3414)	47,9 (18976)	39,1 (15496)		39586
uusperhe	8,2 (479)	11,9 (701)	47,7 (2801)	32,2 (1892)		5873
yksinhuoltajaperhe	7,9 (328)	12,0 (498)	48,5 (2010)	31,6 (1310)		4146
muu	41,2 (219)	9,0 (48)	25,0 (133)	24,8 (132)		532

*Khiin neliö-testi

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessa tarkasteltiin 8.- ja 9.-luokkalaisten hampaiden harjaustottumuksia sekä nuorten tupakoinnin ja perhetekijöiden yhteyttä hampaiden harjaukseen. Tutkimus osoitti, että nuorten hampaiden harjauskerroissa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. Kun nyt saatuja tuloksia verrataan vuosien 1977–2007 aikana toteutettuun nuorten terveystapatutkimukseen, voidaan nähdä pientä positiivista kehitystä (Honkala ym. 2009). Myös vertailu kouluterveyskyselyn tuloksiin vuosilta 2008–2009, koskien nuorten hampaiden harjauskertoja, ovat osoittaneet vain pientä positiivista kehitystä tapahtuneen vuoteen 2011 mennessä eri ikäluokkien välillä. Hampaiden harjaus harvemmin kuin kahdesti päivässä on vähentynyt ja useammin kuin kerran päivässä on vastaavasti lisääntynyt molempien sukupuolien kohdalla. (THL 2014). Kansainvälisessä vertailussa suomalaisten nuorten hampaiden harjaustottumukset jäävät kuitenkin kauas muiden Pohjoismaiden sekä suurta osaa eurooppalaisten nuorten tasosta. Ero hampaiden harjauksessa esimerkiksi Ruotsiin verrattuna on ollut suuri. Jopa yli 80 prosenttia ruotsalaisista nuorista harjaa hampaansa kahdesti päivässä. (Eaton & Carlile 2008.)

Tutkimus osoitti myös, että hampaiden harjauksen yleisyydessä on eroja sukupuolten välillä. Tytöt harjaavat hampaitaan poikia aktiivisemmin. Saatu tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Levin & Currien 2009, THL 2014.). Voidaan todeta, että enemmistö tytöistä harjaa hampaansa kaksi kertaa päivässä ja etenkin 9.-luokkalaiset tytöt ovat aktiivisia hampaiden harjaajia. Tulos tukee Poutasen (2007) tutkimusta, jonka mukaan tyttöjen elämäntyyli on poikia enemmän suun terveyttä tukevaa. Hampaiden säännöllisemmän harjauksen lisäksi he käyttävät enemmän ksylitolituotteita ja vähemmän virvoitusjuomia. Lisäksi tytöt harjasivat poikia enemmän ulkonäköön liittyvien syiden takia.

Poikien kohdalla harjauskertojen lisääntymistä ei ole juurikaan tapahtunut WHO:n vuosien 2009–2010 tuloksiin verrattuna ja enemmistö pojista harjaa hampaansa edelleen vain kerran päivässä (Currie ym. 2012). Aikaisempiin Kouluterveyskyselyihin vertailua yläkouluikäisten osalta ei voida luotettavasti tehdä, koska hampaiden harjauksen vastausvaihtoehtoja muutettiin vuonna 2010 (THL 2014). Sukupuolten väliset erot hampaiden harjausaktiivisuudessa ovat pysyneet samansuuntaisina

kuin aikaisimmissa tutkimuksissa (Eaton & Carlile 2008, Luopa ym.2010). Suun terveyserojen on nähty tasaantuvan sukupuolten välillä 12 ikävuoden jälkeen (Poutanen 2007). Erot nuorten hampaiden harjaustottumuksissa sukupuolten välillä eivät ole tämän tutkimusten tulosten mukaan tasaantuneet.

Nuorten tupakointi on tämän tutkimuksen mukaan yhteydessä hampaiden harjaukseen. Päivittäin tupakoi edelleen 15 prosenttia 8.- ja 9.-luokkalaisista nuorista ja nuorten ikäluokkien tupakointi on pysynyt lähes muuttumattomana vuoden 2008–2009 kouluterveyskyselyn tuloksiin verrattuna. (THL 2014.) Poikien tupakointi laski puoli prosenttia ja tyttöillä lasku oli vain 0,3 prosenttia. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa tupakoinnin on todettu olevan yhteydessä hampaiden harjaukseen (Heikkinen 2011, Kentala 2011, Pennanen 2012.). Tupakoivat nuoret harjaavat vähemmän hampaitaan kuin saman ikäluokan nuoret keskimäärin. Tässä tutkimuksessa erityisesti tupakoivat pojat laiminlöivät hampaiden harjaamista. Sama tulos oli myös Heikkisen (2011) tutkimuksessa, jossa 15–16-vuotiaat pojat harjasivat hampaitaan harvemmin ja heillä esiintyi kariesta enemmän kuin muilla ikätovereilla. Sekä tyttöjen että poikien kohdalla tupakoimattomuus vastaavasti edisti aktiivisuutta hampaiden harjausta kohtaan.

Tämän tutkimuksen mukaan ydinperheissä asuvat nuoret harjaavat hampaitaan muita nuoria useammin suositusten mukaan. Saadut tulokset perherakenteen ja nuorten hampaiden harjaustottumuksista ovat hyvin samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Taitojen, tietojen ja terveellisten elämäntapojen siirtyminen vanhemmilta lapsille on molempien vanhempien vastuulla ja suun terveyttä edistävä terveysneuvonta tuottaa parempia tuloksia useimmin kahden vanhemman perheissä. (Plutzer & Keirse 2010, Dye ym. 2011) Vanhemman voimavarat ja jaksaminen ovat koetuksella etenkin yksinhuoltajaperheissä, joissa nuoret näyttävät harjaavan hampaitaan kahden aikuisen perheissä eläviä ikätovereitaan vähemmän. Hiroko & Rozier (2013) mukaan riittävä sosiaalinen pääomaa (vastavuoroisuus, turvallinen asuinympäristö ja saatavilla oleva lastenhoitoapu) edesauttavat lasten suun terveyttä yksinhuoltajaperheissä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan korkeasti koulutettujen vanhempien lapset harjasivat hampaitaan useammin suositusten mukaan (kahdesti päivässä) kuin muut kyselyyn vastanneet nuoret. Vanhempien matala koulutus vähensi nuorten hampaiden harjausaktiivisuutta. Vanhempien korkea koulutus oli yhteydessä erityisesti poikien hampaiden harjausaktiivisuuteen. Tyttöjen hampaiden harjausta näytti edistävän etenkin isän korkeakoulu- tai yliopistokoulutus, kuten myös aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu (Poutanen 2007). Erityisesti äidin

koulutustason on katsottu vaikuttaneen lasten hampaiden harjauskertojen määrään (Grönholm ym. 2006, Efe ym. 2007). Tätä aikaisempaa tulosta voi selittää myös se, että tehdyt tutkimukset on usein suunnattu juuri äideille ja lapsille. Saadut tulokset tukevat myös aikaisempia tutkimuksia, joiden mukaan nuorena opitut terveelliset elintavat ja tottumukset edistävät terveellisten elintapojen ylläpitämistä myös murrosiässä. Vanhempien terveyskäyttäytymisen ja hampaiden harjaustottumusten on katsottu olevan yhteydessä lapsen tuleviin terveystottumuksiin (Grönholm ym. 2006, Poutanen 2007, Tolvanen 2011).

Tässä tutkimuksessa erityisesti molempien vanhempien työttömyys tai pakkoloma oli yhteydessä nuorten vähäisempään hampaiden harjaukseen. Niissä perheissä, joissa oli työttömyyttä, nuoret harjasivat hampaitaan vähemmän. Matalan koulutuksen ja alhaisen tulotason on osoitettu olevan yhteydessä heikompaan suun terveyteen myös aikaisemmissa tutkimuksissa. (Poutanen 2007, Efe ym. 2007, Holst 2008, Meurman 2011, Hiroko & Rozier 2013).

Vanhempien tupakointikäyttäytyminen on yhteydessä nuorten hampaiden harjausaktiivisuuteen sekä tytöillä että pojilla. Vanhempien tupakoimattomuus edistää hampaiden harjausta molemmilla sukupuolilla. Tässä tutkimuksessa sekä äidin että isän tupakoimattomuus oli positiivisesti yhteydessä etenkin poikien harjausaktiivisuuteen. Kuten myös Poutasen (2007) tutkimuksessa on todettu, poikien terveyskäyttäytymiseen vanhempien esimerkki vaikuttaa tyttöjä enemmän.

Kodin ja vanhempien merkitys lapsen terveystottumusten kehittämisessä on merkittävä. Koska lapsi kehittyy terveyspalveluiden käyttäjäksi, ei vanhempien esimerkkiä, ohjausta tai vastuuta voida liikaa korostaa. Vanhempien oma terveyskäyttäytyminen heijastuu nuoren terveystottumuksiin. (Grönholm ym. 2006, Efe ym. 2007, Poutanen 2007.) Murrosiän on katsottu olevan merkittävä riskitekijä suun terveydelle, koska silloin elämäntavat usein muuttuvat hampaiden reikiintymistä suosivaksi (Hausen ym. 2009). Jotta nuorella ei tapahtuisi vakavia laiminlyöntejä suun terveyskäyttäytymisessä myöskään murrosiässä, hampaiden harjauksen lisääminen suositusten mukaisiksi edellyttää sekä vanhempien vastuuta että yhteiskunnan toimia. Palveluiden maksuttomuus ei automaattisesti takaa hyvää suun terveyttä, kuten myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu (Kelly ym. 2005, Plutzer & Keirse 2010).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tilastollisessa tutkimuksessa luotettavuutta mitataan pääsääntöisesti validiteetin (pätevyys) ja reliabiliteetin (tulosten tarkkuus) avulla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuteen liittyy keskeisesti myös riittävän edustava otos ja saatujen tulosten rehellinen raportointi. Korkea vastausprosentti ja tarkoin määritellyt tutkimuskysymykset ovat lähtökohta, jonka varaan tutkimusta voidaan viedä eteenpäin. Tilastollisen tutkimuksen kyselylomakkeet on rakennettava niin, että ne ovat yksiselitteisiä myös vastaajan näkökulmasta. (Heikkilä 2010.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksella on vahva kokemus kouluterveyskyselylomakkeiden laatimisesta, kyselyn suorittamiseen liittyvistä käytännön haasteista sekä yksilönsuojan turvaamisesta. Hampaiden harjausta, nuorten tupakointia ja perhetekijöitä koskevat kysymykset oli laadittu niin, että vastausvaihtoehdot oli helposti ymmärrettävät. Tässä tutkimuksessa vastaajien (n=102545) sukupuolijakauma oli tasainen ja aineisto kattoi 80 prosenttia koko ikäluokasta. Riittävä otoskoko mahdollistaa sen, että saatuja tuloksia voidaan luotettavasti yleistää suomalaisiin yläkouluikäisiin nuoriin, molempien sukupuolien osalta.

Eettiset kysymykset kuuluvat tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin (Kylmä ym. 2007). Osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä informoitiin sekä oppilaita että oppilaiden vanhempia etukäteen. Oppilaat vastasivat nimettöminä ja vastaukset suljettiin heti kyselyn loputtua palautuskuoreen. Toiminta turvaa oppilaan yksityisyydensuojan ja on eettisesti hyväksyttävää. (THL 2014.) Tämän tutkimuksen eettisyyttä kuvaa myös rehellisyys tuloksia kohtaan. Kaikki tulokset on raportoitu tasa-arvoisina. Tutkimuskysymyksen liittyminen omaan asiantuntijuuden piiriin voi olla eettisesti arveluttavaa, jos omat ennakkokäsitykset ohjaavat tutkimustulosten muotoutumista. Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia on tarkasteltu objektiivisesti ja tutkimuksen tekemisessä on noudatettu tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (TENK 2012).

6.3 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Puolet 8.- ja 9.-luokkalaisista nuorista harjasi hampaitaan vähemmän kuin kaksi kertaa päivässä. Tytöt harjaavat hampaitaan poikia aktiivisemmin.
2. Nuorten tupakointi oli yhteydessä hampaiden harjaukseen. Päivittäin tupakoivat nuoret harjasivat hampaitaan harvemmin kuin ei-tupakoivat nuoret.
3. Eri perhetekijät olivat yhteydessä nuoren hampaiden harjaukseen. Vanhempien yksinhuoltajuus, matala koulutus, työttömyys sekä vanhempien päivittäinen tupakointi oli yhteydessä nuorten vähäisempään hampaiden harjaukseen.

Tämän ja aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että yläkouluikäiset tarvitsevat motivointia ja ohjausta hampaiden harjaukseen. Vanhempien perherakenne, koulutus, työttömyys ja tupakointikäyttäytyminen voi ennustaa perheen nuorten hampaiden harjausaktiivisuutta.

6.4 Kehittämisehdotukset

Nuorten hampaiden harjaustottumuksiin voidaan vaikuttaa terveysneuvonnalla, joka aloitetaan odottavista perheistä ja jatketaan jokaisella luokka-asteella. Myös opetussuunnitelmiin pitäisi lisätä suun terveyttä edistäviä sisältöjä. Suun terveyden riskitekijöiden varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen voivat estää elinikäisen hoitokierteen syntymisen. Edelleen tulee etsiä uusia keinoja, joiden avulla saataisiin vanhemmat ja nuoret ottamaan enemmän vastuuta suun terveydestään.

Suun terveyden edistäminen edellyttää koko perheen osallistumista yhteisiin terveyttä edistäviin tavoitteisiin, kuten myös Honkala ym. (2009) on todennut tutkimuksensa pohjalta. Hampaiden harjauksen tulisi olla säännöllistä heti varhaislapsuudesta lähtien ja vanhempien vastuuta hampaiden harjauksessa tulisi enemmän korostaa kaikissa ohjaustilanteissa, myös suun terveydenhuollon ulkopuolella. Koska suuhygienian laiminlyönti aiheuttaa erilaisia suun sairauksia ja vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen yleisterveyteen, ohjausta tulisi lisätä esimerkiksi neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla. 8.- ja 9.-luokkalaisten

nuorten suun terveyteen yhteydessä olevien tekijöiden ymmärtäminen auttaa suun terveydenhuollon ammattilaisia ymmärtämään yksityiskohtaisemmin niitä osa-alueita, joihin terveydenedistämisen resurssit olisi suunnattava.

Sekä vanhempien että yhteiskunnan vastuuta tarvitaan. Valitettavasti yhteiskunnan vastuu painottuu edelleen pääosin suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien harteille. Myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt tulisi haastaa tunnistamaan suun terveysongelmia, jotta varhainen puuttuminen olisi mahdollinen kaikkien perheiden osalta. Myös niiden, jotka ovat jostain syystä jääneet suun terveydenhuollon palveluiden ulkopuolelle. Julkisen sektorin vähenevät resurssit ja terveydenhuollon kustannusten nousu edellyttävät tulevaisuudessa panostamista suun omahoitoon ja vastuun siirtämistä enenemässä määrin yksilön vastuulle. Suomessa valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta on jo edistänyt ja mahdollistanut varhaisen puuttumisen mallia (STM 2009). Esimerkiksi SUHAT-verkostohankeen avulla on jo kehitetty hyviä suun terveyttä edistäviä käytäntöjä suun terveydenhuoltoon. Hankkeen yhtenä tavoitteena on saada ensimmäistä lastaan odottaville vanhemmille heti ensimmäisestä neuvola käynnistä lähtien laaja-alainen ymmärrys suun terveydestä ja sen vaikutuksesta lapsen tulevaan hyvinvointiin. (Remes-Lyly ym. 2013.)

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Vanhempien tiedot, taidot ja asenteet suun terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä ovat useimmiten puutteellisia ja heijastuvat perheen lasten suun terveyteen. Tietoa suun terveyteen liittyvistä tekijöistä ja suun terveyttä edistävää valmista materiaalia on runsaasti sähköisessä muodossa kaikkien saatavilla. Tiedon levittämistä ja näkyvyyttä tulisi saada paremmin kaikkien saataville. Tulevaisuudessa, olisi mielenkiintoista toteuttaa suun terveystottumuksia kartoittava kysely myös 8.- ja 9.-luokkalaisten nuorten vanhemmille ja tutkia vielä tarkemmin perhetekijöiden ja nuorten hampaiden harjauksen välistä yhteyttä. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia maahanmuuttajanuorten hampaiden harjaustottumuksia ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.

LÄHTEET

- Alanen P. 2005. Kariesta ei voitettukaan. Nuorten hampaiston terveys uhkaa heikentyä pitkän myönteisen kehityksen jälkeen. *Duodecim* 121, 129–130.
- Anttonen V & Yli- Orpo H. 2010. Lasten hampaiden tila tänään. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 17(14), 20–25.
- Cinar A. B, Tseveenjav B, Murtomaa H. 2008. The life-course approach in assessment of dental health: A cross sectional study among Finnish and Turkish pre-adolescents. *European Journal of Dentistry* 2, 153–160.
- Currie C, Zanotti, C, Morgan, A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith, O & Barnekow V. 2012. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Policy for Children and Adolescents*; No. 6. Saatavissa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf 30.5.2014.
- Dye B. A & Thornton-Evans G. 2010. Trends in Oral Health by poverty Status as Measured by Healthy People 2010 Objectives. *Public Health Reports*. 125, 817–830.
- Dye B, Vargas C, Lee J, Magder L & Tinanoff N. 2011. Assessing the relationship between children's oral health status and their mothers. *The Journal of the American Dental Association* 142(2), 173–183.
- Eaton K & Carlile M. 2008. Tooth brushing behaviour in Europe: opportunities for dental public health. *International Dental Journal*. 58, 287–293.
- Efe E, Sarvan S & Kukul K. 2007. Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in Turkish children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 30, 133–146.
- Grönholm J, Virtanen J & Murtomaa H. 2006. Äitien suunterveyskäyttäytyminen, asenteet ja tiedot. Neuvolatutkimus kaksikielisillä alueilla. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 13(1–2), 8–12.
- Hausen H, Alaluusua S, Alanen P, Anttonen V, Hiiri A, Jokela J, Järvinen S, Keskinen H, Laitinen J, Pienihäkkinen K & Seppä L. 2009. Kariksen hallinta. Käypä hoito-suositus. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 17(5), 22–29.
- Hausen H, Alaluusua S, Anttonen V, Jokela J, Järvinen M, Merne-Grafström M & Pienihäkkinen K. 2014. Karies (hallinta). Päivitetty Käypä hoito-suositus. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 18(12), 20–32.
- Heikkilä T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki
- Heikkinen A. 2011. *Oral health, smoking and adolescence*. Väitöskirja. Helsingin yliopiston julkaisuja. Helsinki.
- Hiroko I & Rozier G. 2013. Mother-Perceived Social Capital and Children's Oral Health and Use of dental care in the United States. *American journal of Public Health*. 103(3), 480–487.

- Honkala S, Rimpelä A, Välimaa R, Tynjälä J & Honkala E. 2009. Suomalaisnuoret ovat edelleen laiskoja hampaiden harjauksessa. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 16(8), 118–22.
- Holst D. 2008. Onko suunterveys edelleen epätasaisesti jakautunut? Suunterveyden sosiaaliset determinantit. *Suomen Hammaslääkärilehti*. 15(3), 24–30
- Jackson S, Vann W, Kotch J, Pahel B & Lee J. 2011. Impact of Poor Oral Health on Children's School Attendance and Performance. *American Journal of Public Health*. 101(10), 1900–1906.
- Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S & Laatikainen T. (toim.) 2012. *Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot*. Raportti 16/2012, 135–140 Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Kelly S, Binkley J, Neace W & Gale B. 2005. Barriers to Care-seeking for Children's Oral Health Among Low- Income Caregivers. *American Journal of Public Health*. 95(8), 1345–1351.
- Kentala J. 2007. *Smoking prevention in oral health care. Brief intervention among adolescents*. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampensis 616. Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print. Tampere.
- Kilpeläinen R, Seppä L, Tjäderhane L, Peltonen E & Anttonen V. 2013. Onko terveystieteistä hyötyä? *Suomen Hammaslääkärilehti*. 13(6), 24–29.
- Kinnunen J, Lindfors P, Pere L, Ollila H, Samposalo H & Rimpelä A. 2013. Nuorten terveystapatutkimus. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2013: 16. Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1859221 20.5.2014
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki
- Könönen E, Gürsoy M, Hiiri A, Suomalainen K, Tervonen T, Uitto V-J & Varrela T. 2010. Parodontiitin ehkäisy, varhaisdiagnostiikkaa ja hoito. Käypä hoito suositus. *Suomen hammaslääkärilehti* 12 (8), 19–27.
- Kwan S, Petersen P, Pine C & Borutta A. 2005. Health-promoting schools an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 83(9), 677–685.
- Levin K.A & Currie C. Inequalities in tooth brushing among adolescents in Scotland 1998–2006. *Health education research*. 24(1), 87–97. Oxford University Press
- Mattila M-L. & Rautava P. 2007. Lapsen suu on perheen peili- mitä peili voi kertoa? *Duodecim* 123, 819–823.
- Meurman P. 2011. *Targeting of caries prevention at preschool children*. D 976. Turun yliopisto. Turku.
- Meurman J, Murtomaa H, Le Bell Y & Autti H. 2003. *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Academica-Kustannus Oy. Helsinki.
- Ollila H. 2012. Tupakoinnin aloittamisen riskitekijät. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Käypä hoito-suositus. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01824> 20.5.2014.

- Pennanen M. 2012. School achievement, family factors and smoking prevention – A three-year follow-up of a smoking prevention programme in Helsinki. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 78/2012. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/febadf72-a1f5-43d9-83c8-fa764f0ade5f> 20.5.2014
- Perez M, Peres K, Dornellas de Barros A & Victora C. 2007. The relation between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviors. *Journal of Epidemiology Community Health* (61), 141–145.
- Plutzer K & Keirse J. 2010. Incidence and prevention of early childhood caries in one- and two-parent families. *Child. care, health and development*. 37, 5–10.
- Poulsen S & Hausen H. 2008. Suunterveys. Yksilön vai yhteisön vastuulla? *Suomen Hammaslääkärilehti* 16(3), 20–23.
- Poutanen R. 2007. *Boys and girls a health-promoting actors- determinants of oral health-related lifestyle among 11-to 12-years old schoolchildren*. Acta Universitatis Ouluensis D 942. Oulun yliopistopaino. Oulu.
- Remes-Lyly T, Yli-Knuutila H, Poutanen R & Mandelin T. 2013. Uusi malli edistää ensimmäistä lasta odottavan perheen ja neuvolaikäisen suunterveyttä. *Suomen hammaslääkärilehti*. 20(6), 38–39.
- Ritter D, Russell M & Grossman D. 2008: Delivering Preventive Oral Health Services In Pediatric Primary Care: a Case Study. *Health Affairs*. 27(6), 1728–1732.
- Seppänen S, Kankaanpää R, Manninen M, Puska P & Lahti S. 2009. Rungas makeanmyynti kouluissa on yhä uhka terveydelle. *Suomen hammaslääkärilehti*. 15(10), 18–23.
- STM 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009, uusi numero 338/2011) perustelut ja soveltamisohjeet. Julkaisuja 20. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1488784 20.5.2014
- Stokes E, Ashcroft A & Platt M J. 2006. Determining Liverpool adolescents beliefs and attitudes in relation to oral health. *Health education research. Theory and Practice*. 21(2). Oxford University Press.
- TENK 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käytäntö Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf 20.5.2014.
- Tervonen M, Poutanen R & Lahti S. 2006. Ala-asteikäisten lasten vanhempien suun terveyteen liittyvät uskomukset sekä heidän lastensa suun terveystavat. *Suomen Hammaslääkärilehti* 13(8), 454–458.
- THL 2014. Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkki S, Jokela J, Laukkanen E & Paananen R. 2014. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. Raportti 25/2014. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/116692> 20.11.2014.